

entů po orchiektomii pro GCT s nálezem TM v kontralaterálním varleti, zvláště je-li varle malé, atrofické. U pacienta s TM solitárního varlete a s podezřením na TC (palpační/USG ložisko) je ke zvážení odebrání imperativní diagnostické rychlé biopsie ložiska varlete před definitivním provedením orchiektomie operované „lege artis“ z třísla při klampovaném provazci (6, 15, 30). U našich pacientů jsme nezaznamenali změny v autopalpačních nálezech a USG provedené na našem pracovišti, které by nás vedly ke zvažování provedení biopsie. Při změnách nálezů, eventuálně prokázání subinfertility v budoucnosti není navržení zvážení diagnostické biopsie pacientům vyloučeno.

## ZÁVĚR

V dětském věku je TM vzácným nálezem. S věkem stoupá její incidence. Lze rovněž očeká-

vat nárůst náhodných nálezů TM při obecně nárůstu diagnostických indikací USG zevního genitálu technicky lepšími USG přístroji a rentgenology se znalostmi této diagnózy. Závažným prognostickým hlediskem je současný výskyt rizikových faktorů (předchozí GCT, kryptorchismus, malé, atrofické varle, stav po orchiopexi, rodinná anamnéza GCT). U nerizikové skupiny lze vystačit s pouhou pravidelnou měsíční autopalpací prováděnou řádně poučeným pacientem, u menších chlapců rodičem. U rizikové skupiny jsou kromě pravidelné měsíční autopalpace nutné také pravidelné roční USG kontroly na vyšším pracovišti. Při změně palpačního/USG nálezu, projevech subinfertility je nutno zvážit intervenční diagnostický výkon (biopsie varlete/orchiektomie/druhostranná biopsie). Všichni riziková pacienti by měli být převedeni do následné dispenzární péče v dospělosti.

## LITERATURA

1. Winter TC, Kim B, Lowrance WT, Middleton WD. Testicular Microlithiasis: What Should You Recommend. *Am J Roentgenology* 2016; 206(6): 1164–1169.
2. Balawender K, Orkisz S, Wisz P. Testicular microlithiasis: what urologists should know. A review of the current literature. *Cent European J Urol* 2018; 71(3): 310–314.
3. Goede J, Hack WWM, van der Voort-Doedens LM, Sijstermans K, Pierik FH. Prevalence of Testicular Microlithiasis in Asymptomatic Males 0 to 19 Years Old. *J Urol* 2009; 182: 1516–1520.
4. Accardo G, Vallone G, Esposito D, et al. Testicular parenchymal abnormalities in Klinefelter syndrome: a question of cancer? Examination of 40 consecutive patients. *Asian J Androl* 2015; 17: 154.
5. Cebeci AN, Aslanger A, Ozdemir M. Should patients with Down syndrome be screened for testicular microlithiasis? *Eur J Pediatr Surg* 2015; 25: 177–180.
6. Heráček J, Sobotka V, Urban M. Mikrolitiáza varlete. *Praktický Lékař* 2012; 92(3): 157–160.
7. Renshaw AA. Testicular calcifications: Incidence, histology and proposed pathological criteria for testicular microlithiasis. *J Urol* 1998; 160: 1625–1628.
8. Corut A, Senyigit A, Ugur SA, et al. Mutations in SLC34A2 Cause Pulmonary Alveolar Microlithiasis and Are Possibly Associated with Testicular Microlithiasis. *Am J Hum Genet* 2006; 79: 650–656.
9. Shanmugasundaram R, Singh J Ch, Kekre NS. Testicular microlithiasis: Is there an agreed protocol? *Indian J Urol* 2007; 23(3): 234–239.
10. Pedersen MR, Møller H, Rafaelsen SR, et al. Characteristics of symptomatic men with testicular microlithiasis – A Danish cross-sectional questionnaire study. *Andrology* 2017; 5: 556–561.
11. Pettersson A, Kaijser M, Richiardi L, et al. Women smoking and testicular cancer: One epidemic causing another? *Int J Cancer* 2004; 109: 941–944.
12. Mihál V, Zapletalová J, Michálková K. Oboustranná testikulární mikrolitiáza u dítěte s jednostranným kryptorchismem. *Pediatr. praxi* 2018; 19(1): 51–53.